様式第9号の3(第18条関係)

国民健康保険高額療養費概算払申請書

(　　年　　月診療分)

受付	確認

被保険者証の記号・番号	奈3

療養を受けた被保険者	区分	療養を受けた病院・診療所・薬局等	
氏名	一般	名称	
生年月日	退職	名称	

病院から請求のあった額 ア	(　　円)＋(　　円)＝合計　　円

世帯合算の有無	有・無	高額療養費支給回数	回 (多数 該当・非該当) 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

自己負担限度額 イ	区分	自己負担限度額の算定
	上位ア	□ 252,600円＋(　　円－842,000円)×1%＝　　円 □ 140,100円
	上位イ	□ 252,600円＋(　　円－558,000円)×1%＝　　円 □ 140,100円
	一般ウ	□ 80,100円＋(　　円－267,000円)×1%＝　　円 □ 44,400円
	一般エ	□ 57,600円 □ 44,400円
	非課税	□ 35,400円 □ 24,600円

支給額算定	(ア－イ　　円)×0.9(千円未満切捨)＝　　円

支給予定日	年　月　日	支給額	一般　円	退職　円

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
なお、この申請に関して課税台帳及びその他課税資料を確認することに同意します。

年　月　日　　世帯主　氏名　　印

大和郡山市長　様　　届出人　氏名　　印
電話

備考